FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1887-88 N° 39

TRAITEMENT

DE

L'HÉMATOCÈLE PÉRI-UTÉRINE

PAR L'INCISION VAGINALE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 24 FÉVRIER 1888

PAR

Jean-Joseph MELON

Né à Alles (Dordogne), le 29 janvier 1858.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. LANELONGUE,	professeur,	*président.*
MASSE,	professeur,	*juges.*
BOURSIER,	agrégé,	
ARTIGALAS,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — Rue Montméjan — 17
1888

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1887-88 N° 39

TRAITEMENT

DE

L'HÉMATOCÈLE PÉRI-UTÉRINE

PAR L'INCISION VAGINALE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 24 FÉVRIER 1888

PAR

Jean-Joseph MELON

Né à Alles (Dordogne), le 29 janvier 1858.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. LANELONGUE,	professeur,	*président.*
MASSE,	professeur,	*juges.*
BOURSIER,	agrégé,	
ARTIGALAS,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — Rue Montméjan — 17
1888

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. | M. DENUCÉ... Doyen honoraire.

PROFESSEURS :

MM. DENUCÉ..... } Professeurs honoraires.
MICÉ..... }

Anatomie	MM. BOUCHARD.
Physiologie	ORÉ.
Physique	MERGET.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Pathologie interne	DUPUY
Pathologie externe	AZAM.
Anatomie pathologique	COYNE.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Médecine opératoire	MASSE.
Pharmacie	FIGUIER
Thérapeutique	DE FLEURY.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Médecine expérimentale	JOLYET.
Matière médicale	PERRENS.
Clinique médicale	PICOT. PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS. LANELONGUE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Clinique ophtalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	ARNOZAN. RONDOT. ARTIGALAS. MOUSSOUS. DUBREUILH.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	BOURSIER. PIECHAUD. LAGRANGE. POUSSON. DENUCÉ.
Accouchements	LEFOUR.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie. {MM. PLANTEAU. FERRÉ. | Histoire naturelle..... M. NABIAS.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	MM. BERGONIE.
Chimie et Toxicologie	DENIGÈS.
Pharmacie	CARLES.

CLINIQUES ANNEXES

Clin. méd. des enfants. MM. NÉGRIÉ. | Maladies vénériennes.... MM. VENOT.
Clin. chir. des enfants. PIÉCHAUD | Maladies mentales..... N.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements..... M. LEFOUR, agrégé. | Chimie..... M. CARLES, agrégé.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

« Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les » Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propre à leurs auteurs » et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation. »

A MON PÈRE

A MA MÈRE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549603_0031

INTRODUCTION

Depuis cinquante ans, le traitement de l'Hématocèle a passé par des phases diverses. Aujourd'hui encore la chirurgie est loin d'avoir des règles précises et certaines qu'elle puisse suivre dans le traitement de l'hématome pelvien. Nous n'avons pas la prétention de proposer un traitement nouveau : nous avons voulu simplement montrer que l'incision vaginale suivie de lavages désinfectants donne des résultats supérieurs à ceux obtenus par la ponction ou le traitement médical ; nos conclusions se déduisent logiquement des faits inédits que nous publions, et surtout de l'examen des statistiques des auteurs qui ont écrit sur la question. Si ces conclusions peuvent paraître un peu hasardées au premier abord, si elles choquent certaines doctrines thérapeutiques sur le traitement des épanchements sanguins, que l'on se reporte à notre chapitre III, et l'on verra de suite que nous n'avons rien affirmé, rien avancé qui ne soit solidement appuyé sur des chiffres et sur un raisonnement aussi logique et aussi scientifique que possible. Notre plan est des plus simples ; après avoir surtout parlé des complications et de l'anatomie pathologique de l'Hématocèle péri-utérine, nous laissons entrevoir dans notre premier chapitre la nécessité d'un traitement.

Un rapide historique de ce traitement précède nos observations et les statistiques de quelques auteurs. Nous comparons ensuite les chiffres fournis par ces statistiques pour en tirer cette conclu-

sion que le meilleur traitement est l'incision vaginale. Dans notre dernier chapitre, nous donnons très complètement le manuel opératoire de l'incision et des lavages qui doivent la suivre.

Que M. le professeur Lanelongue veuille bien recevoir l'expression de notre reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

TRAITEMENT

DE

L'HÉMATOCÈLE PÉRI-UTÉRINE

PAR L'INCISION VAGINALE

CHAPITRE PREMIER

QUELQUES MOTS SUR L'HISTOIRE CLINIQUE ET ANATOMO-PATHOLOGIQUE DE L'HÉMATOCÈLE PÉRI-UTÉRINE

On donne le nom d'Hématocèle péri-utérine à un épanchement sanguin enkysté dans l'encavation pelvienne, soit en dedans, soit en dehors de la cavité péritonéale.

Nous nous occuperons surtout dans ce travail de l'Hématocèle intra-péritonéale; c'est celle en effet qui est la mieux connue en raison des nombreux travaux qu'elle a fait naître. L'Hématocèle extra-péritonéale au contraire est beaucoup plus rare ; quelques rares observations bien probantes en ont été publiées; elle est loin d'être acceptée par tous les auteurs. D'ailleurs, nous le verrons, le traitement par l'incision vaginale ne lui est guère applicable en raison de la forme et de la disposition de la collection sanguine, toute différente de celle de l'Hématocèle intra-péritonéale.

Aussi ne parlerons-nous de l'épanchement de sang sous-périto-

néal que pour être complet et pour le ranger de suite parmi les cas non justiciables du traitement que nous préconisons.

Le début de l'Hématome pelvien intra-péritonéal est très variable, suivant la rapidité et l'abondance de l'épanchement. Si chez quelques malades les accidents évoluent lentement, le plus souvent ils éclatent brusquement, et leur manifestation instantanée rappelle sous une forme atténuée le début des hémorragies internes. Poncet résume avec raison de la façon suivante les diverses circonstances qui précèdent presque constamment l'apparition de l'Hématocèle : « Elle apparaît, dit-il, rarement chez des femmes dont le système utérin a été indemne de toute lésion inflammatoire, dont les fonctions génitales n'ont pas été plus ou moins troublées à un moment donné ». Parmi les antécédents de ces malades, on trouve souvent des avortements, des accouchements laborieux, des suites de couches qui ont laissé pendant de longs mois les femmes souffrantes. Le plus souvent elles ont été atteintes de métrites, de périmétrites et depuis les règles ont été irrégulières, douloureuses, tous phénomènes qui s'accentuent quelques jours avant l'apparition de l'Hématocèle ou au moment même de sa production. C'est alors que les accidents, jusqu'ici rapportés à une affection utérine vulgaire, prennent un aspect et une marche vraiment caractéristiques. Le plus souvent ils éclatent brusquement et, selon l'expression de Bernutz, la période dramatique commence.

La douleur est très aiguë, soudaine, et de siège variable; quelquefois la syncope survient assez rapidement, et l'on constate tous les signes d'une hémorragie interne abondante. La mort rapide suit quelquefois ce début foudroyant, avant que le sang se soit enkysté en une tumeur sensible au palper.

Si la malade n'a pas succombé à ce premier choc, elle reprend ses sens, se plaint de douleurs violentes dans le bas-ventre ayant souvent le caractère de coliques de l'accouchement, et, peu de

temps après, survient une deuxième phase de la maladie, phase qui correspond au travail d'enkystement qui va se faire autour du sang épanché dans la cavité péritonéale.

Le chirurgien, dont l'attention a été appelée vers la région hypogastrique, peut à ce moment y constater la présence d'une tumeur située le plus souvent dans la cavité de Douglas, et qui refoule en avant le globe utérin. Cette tumeur arrondie, globuleuse présente souvent de petites inégalités dont on se rend parfaitement compte par le vagin; dans les dix premiers jours, sa consistance est élastique, fluctuante; la fluctuation se perçoit très-bien, si l'on combine le palper abdominal à l'exploration par le vagin. Au bout de trois semaines, quelquefois plus tard, la tumeur devient plus compacte, plus pâteuse et s'indure de plus en plus à mesure qu'on s'éloigne du début de la maladie. Plus tard, enfin, elle redevient molle, pour persister longtemps dans cet état, à moins qu'elle ne suppure ; dans ce cas, elle présente bien nettement de la fluctuation, ou, à moins que la partie liquide du sang épanché s'étant résorbée, il ne persiste qu'un globe dur, solide, formé par les parois épaissies de la poche.

Dans certaines formes d'Hématocèle on voit la tumeur subir des alternatives de diminution et d'augmentation à l'époque des règles et toutes les observations prises avec soin témoignent d'une recrudescence dans les symptômes pendant cette période.

A cette époque, qu'il y ait ou non écoulement menstruel au dehors, les douleurs abdominales sont plus vives; il survient du malaise et un léger mouvement fébrile. Ces accidents rappelés par toutes les autres causes capables de congestionner l'utérus et ses annexes (coït, courses, etc.) ne sont point toujours dus à ce simple phénomène d'érectilité; de nouvelles hémorragies peuvent se produire soit à la face interne de la tumeur, soit en dehors aux dépens des néo-membranes, ou de la source quelconque qui a fourni la première hémorragie : la présence dans cer-

tains cas de divers kystes indépendants est un argument à l'appui de ces nouvelles hémorragies.

A cette période d'état on observe souvent des complications assez graves pour nécessiter et justifier une intervention chirurgicale ; par son développement considérable, la tumeur peut amener des accidents par compression des organes voisins : ténesme rectal ou vésical, accidents dysentériques par propagation de l'inflammation (Voisin). La compression des branches des plexus sacré et lombaire détermine des douleurs atroces dans les parois abdominales, dans l'aine et suivant le trajet des nerfs sciatique et crural. M. Poncet rapporte une observation communiquée par M. Ollier, dans laquelle les douleurs à caractère névralgique ont persisté pendant plusieurs mois par accès deux à trois fois par jour, malgré les médications les plus énergiques.

Dans quelques circonstances, la tumeur, comprimant les gros troncs veineux, provoque de l'œdème des membres inférieurs, quelquefois du vagin et de la vulve.

Pendant que ces accidents évoluent, apparaît un ensemble de phénomènes généraux dont les caractères empruntés à la péritonite s'atténuent avec le temps et sont en rapport avec le plus ou moins d'acuité de l'affection. Les premiers jours après le début, le ventre est ballonné, douloureux à la pression ; la malade éprouve des frissons ; la température monte parfois au-delà de 39° ; le pouls va jusqu'à 140 pulsations par minute ; en même temps surviennent des vomissements, souvent incoercibles ; le facies grippé achève le tableau déjà presque complet de la péritonite.

Au bout de quelques jours, ces phénomènes disparaissent en partie. La tumeur persiste mais la douleur diminue et la malade amaigri présente un teint cachectique qui a pu faire croire à l'existence d'une tumeur cancéreuse (Courty).

A côté de cette forme classique de l'Hématocèle pelvienne, il est des cas où le début aigu manque complètement et l'hématome

s'installe sans bruit ; le toucher vaginal seul permet de découvrir son existence.

L'Hématocèle, une fois produite, a une marche essentiellement lente ; elle réclame plusieurs mois pour disparaître en totalité ou tout au moins en grande partie ; dans certains cas, elle persiste plusieurs années sans changement notable dans son volume.

Quelquefois elle se termine plus rapidement ; dans la plupart des cas elle disparaît progressivement, surtout au moment des périodes menstruelles ; d'autres fois en quelques jours sous l'influence d'une péritonite circonscrite qui a suffi à modifier d'une façon heureuse la vitalité et la force de résorption des parois de la poche hématique. On peut évaluer à une durée de 4 à 8 mois le temps que met une Hématocèle de moyen volume à se résorber (Voisin, Poncet).

Parfois le kyste devient le siège de douleurs vives ; des frissons apparaissent, on constate une fièvre violente et au bout de peu de jours la tumeur qui vient de s'enflammer et de suppurer s'ouvre dans le rectum (5 cas de Voisin, 13 fois sur 52 cas de Courty). La malade peut guérir ou être emportée d'infection purulente.

L'ouverture par le vagin s'observe moins souvent : le pronostic est alors moins grave, les accidents septicémiques survenant plus rarement. Enfin, moins souvent encore, on observe soit ces deux perforations simultanément, soit l'ouverture dans la cavité abdominale (pronostic absolument grave) dans la vessie et à travers les parois abdominales (cas de Martin, Mogran et Soulie).

Dans un cas (cas de Bouvyer), la malade mourut d'intoxication putride sans que l'autopsie ait fait découvrir une perforation, si petite qu'elle fût, de l'intestin, de la vessie ou du vagin.

Si nous ajoutons à ces modes de terminaison de l'Hématocèle, les accidents chroniques de compression qu'elle occasionne et les fréquentes poussées de péritonite qu'elle provoque et qui plongent rapidement les patientes dans un état de cachexie profonde,

il nous sera inutile d'insister sur le pronostic de cette affection et sur la nécessité de chercher un traitement qui agisse sûrement en faisant courir à la malade aussi peu de dangers que possible. Quelques chiffres tirés d'une statistique souvent citée feront ressortir évidemment l'exactitude des lignes qui précèdent.

Sur 52 cas que rapporte Courty, on trouve 26 cas de résorption spontanée de la tumeur, 6 fois le kyste sanguin s'ouvrit dans le péritoine, en entraînant la mort de toutes les malades. L'ouverture par le vagin s'y trouve 7 fois avec 7 guérisons ; 13 fois l'Hématocèle s'ouvrit dans le rectum ou à la fois dans le rectum et le vagin. Courty n'indique pas la proportion des morts ou des terminaisons heureuses ; Bernutz croit que la moitié des cas furent suivis de mort. Nous avons donc 13 cas de mort sur 52 Hématocèles. Ce qui donne à peu près 26 pour 100 de décès. Nous verrons plus loin que les chiffres donnés par d'autres auteurs s'éloignent peu de ceux-ci. Poncet déclare grave le pronostic de l'Hématocèle, quoique la mort n'en soit pas la conséquence habituelle : « depuis l'accident initial jusqu'au jour où la tumeur est entrée en voie de résorption, la malade reste exposée à des dangers de tout genre ».

ÉTAT ANATOMIQUE DE LA POCHE ET DE SON CONTENU

Le sang épanché peut occuper les divers compartiments de la cavité pelvienne ; le plus souvent il se collecte dans le cul-de-sac utéro-rectal, l'Hématocèle anté-utérine primitive n'est pas très rare ; Schrœder qui en cite un cas avec autopsie (*Wiener medical Wocheuschrift 1872*), croit qu'elle ne peut se produire que lorsque l'utérus est rejeté en arrière ou retenu dans cette position par des adhérences. Les Hématocèles purement latéro-utérines, dès le début, sont rares. Quoi qu'il en soit, lorsque l'hémorragie se

produit, il n'y a pas encore de tumeur à proprement parler; il y a épanchement sanguin intra-péritonéal qui va enflammer la séreuse tout autour de lui et donner naissance à l'enveloppe qui bientôt l'enkystera.

Suivant l'abondance de l'écoulement sanguin, suivant aussi l'état de vacuité ou de plénitude du rectum et de la vessie, la tumeur reste dans le petit bassin ou remonte au-dessus du détroit supérieur pour envahir les fosses iliaques. La masse intestinale qui surnage pour ainsi dire au-dessus d'elle, voit bientôt ses anses se prendre en bloc, s'agglutiner au moyen des produits plastiques de péritonite, si bien que la tumeur se trouve fermée à la partie supérieure par une voûte de néo-membranes celluleuses, comparée par Bernutz à un diaphragme séparant complètement la cavité pelvienne de la grande cavité péritonéale. Pendant quelque temps, cette membrane nouvelle est mince, elle s'épaissit bientôt pour se recouvrir ensuite de couches concentriques de fibrine coagulée, que l'on a pu comparer aux lames fibrineuses du sac anévrysmal. Elle peut acquérir une épaisseur assez considérable : Zweifel (page 205), rapporte que dans deux cas qui lui sont personnels, cette épaisseur était de 1 centimètre à 1 centimètre 1/2. Chez les femmes qui succombent rapidement après le début de leur maladie, on ne trouve évidemment pas de membrane continue d'enkystement; mais, plus tard, la marche de la formation de ces membranes est assez régulière. Bernutz, en dépouillant les observations publiées avant lui, a fait une étude de cette partie de la question, a trouvé que si dans les premières semaines le kyste hématique n'est pas encore formé (Observations de Fleuriot), au bout de sept semaines au minimum les parois sont solides, résistantes, tapissées de concrétions fibrineuses (Observations de Malgaigne *in* th. de Vigues) ; les adhérences étaient tellement résistantes dans le cas de Stolz (th. de Engelhard), qu'il fallut un scalpel pour les détacher. Enfin, dans une observation de

Bernutz, les parois étaient semi-cartilagineuses, hérissées de villosités. Ces recherches que Bernutz avaient faites pour appuyer sa théorie pathogénique de la formation des Hématocèles nous seront d'une grande utilité, lorsque nous essaierons de poser les indications du traitement de l'hématome pelvien.

Le kyste est le plus souvent uniloculaire, il peut être cloisonné et aussi, plus rarement, être formé de plusieurs poches complètement distinctes. La quantité de sang épanché peut aller jusqu'à un kilogramme. Ce sang est tantôt fluide, le plus souvent épais, opaque, poisseux, d'une consistance analogue à la lie de vin; sur le pourtour de la poche on trouve des caillots qui ne sont durs et fibrineux qu'après 5 ou 6 semaines. D'ailleurs, ces transformations sont identiques à celles que l'on observe dans toute collection hématique enkystée.

En résumé, la plupart du temps, le chirurgien se trouve, 5 ou 6 semaines après le début des accidents, en présence d'un kyste sanguin à parois épaisses et résistantes, complètement séparé de la cavité abdominale et contenant une masse presque sirupeuse entourée d'une coque fibrineuse souvent fort épaisse. Nous verrons plus loin de quelle importance sont ces connaissances anatomo-pathologiques précises pour les indications et le choix d'un traitement, et l'on comprendra alors facilement pourquoi nous nous sommes un peu attardé sur une partie de notre sujet qui, quoique n'offrant absolument rien de nouveau, devait être exposée ici avec quelques détails.

L'Hématocèle pelvienne sous-péritonéale est peu connue; son histoire anatomo-pathologique a été faite en France grâce à l'autopsie de Ball (Cliniques de Trousseau, t. III, p. 63). En Allemagne, Jacob Kuhn a décrit deux poches hématiques sous-péritonéales. Le sang épanché peut décoller le péritoine sur une grande étendue, remonter jusqu'aux fosses iliaques, décoller le rectum et le vagin jusqu'au voisinage de l'anus. Mais jamais le

décollement ne remonte sur l'utérus plus haut que l'union du corps et du col de cet organe. Dans l'autopsie de Ball, aucune membrane d'enveloppe n'enkystait le sang épanché dont la consistance était celle de la gelée de groseille. Le pronostic de ces Hématocèles serait moins grave que celui de la première variété. D'ailleurs, le diagnostic différentiel de ces deux variétés est souvent très difficile ; aussi ne nous attarderons-nous pas à discuter les indications thérapeutiques d'une affection si peu connue. Elles découleront naturellement de ce que nous dirons plus loin, avec cette différence que dans l'Hématocèle extra-péritonéale, si on intervient chirurgicalement, il faudra toujours se rappeler que la membrane d'enkystement manque ici et que, en raison de la coagulation du sang dans la poche et des nombreux diverticules qu'elle présente, on aura fortement à craindre que l'insuffisance des lavages ne laisse une porte grande ouverte à l'infection. Aussi dans ces cas, si on a la main forcée par des accidents graves, devra-t-on, à la première menace de septicémie, ne plus se contenter d'une ouverture vaginale mais faire d'autres incisions aux points convenables, afin de pouvoir par un drainage sérieux et de larges lavages éviter autant que possible les accidents d'intoxication.

CHAPITRE II

HISTORIQUE DU TRAITEMENT DE L'HÉMATOCÈLE PÉRI-UTÉRINE

Le traitement de l'Hématocèle intra-péritonéale a beaucoup varié depuis cinquante ans ; tour à tour chirurgical avec Nélaton, puis médical, il tend de jour en jour à devenir presque exclusivement chirurgical.

En 1878, Poncet divisait en trois périodes l'histoire de l'Hématocèle qui peut aussi être celle du traitement de cette affection. De 1737 (Observation de Ruysch) jusqu'à 1850, les tumeurs sanguines de l'excavation pelvienne avaient été vues, mais non décrites ; il ne faut par conséquent pas rechercher à cette époque de traitement sérieux.

Vers 1848, les gynécologistes français s'occupent de la question ; ils en font l'histoire clinique en étudiant longuement, sans parvenir à s'entendre, la pathogénie et concluent à l'utilité d'une intervention chirurgicale à l'ouverture de la tumeur.

Cette période dure jusqu'en 1860. A cette époque, des accidents graves ayant suivi dans plusieurs cas l'ouverture de ces sortes de tumeurs, il se fait une violente réaction ; les chirurgiens posent en principe l'abstention.

Enfin, depuis une dizaine d'années, le traitement chirurgical est remis en honneur. On discute la valeur de la ponction simple, de l'incision avec drainage ; quelques chirurgiens ont même fait la laparotomie. C'est là ce que nous appellerons la 4^{e} période et nous espérons bien pouvoir démontrer, par une étude attentive et raisonnée de quelques statistiques, qu'elle a fait faire quelques progrès à la chirurgie des hématomes pelviens.

Première période. — Voisin, dans sa thèse inaugurale (Paris, 1858), nous apprend que l'on trouve dans Hippocrate deux observations de tumeur pelvienne qui, d'après les symptômes détaillés, ne pouvaient être autre chose que des Hématocèles pelviennes. Rien n'y manque : l'ouverture par le rectum, par le vagin. Dans les deux cas, les malades guérirent. Dans le second cas, la tumeur avait été fortement massée à travers la paroi abdominale. C'était déjà là un début de traitement. D'ailleurs, Hippocrate va plus loin et dit que « certains médecins ont à la suite d'erreurs de diagnostic incisé ces tumeurs et mis ainsi leurs malades en danger ».

En 1717, Ruysch, un peu plus tard S.-P. Frank, citent chacun une observation d'Hématocèle découverte à l'autopsie. Le journal de Hufeland, 1818, mentionne un fait analogue.

Laugret, dans le Dictionnaire en 30 volumes (tome V), fournit une observation où une ponction donna une certaine quantité de sang. En 1831 (Lancette française) Récamier incisa une Hématocèle rétro-utérine ; injections d'eau tiède. Guérison.

En 1841, Bourdon, dans la *Revue de Médecine* « Mémoire sur les tumeurs fluctuantes du bassin », parle de la ponction exploratrice comme moyen de diagnostic. Plus loin il ajoute que lorsque la fluctuation est nette, il faut ouvrir la tumeur pour prévenir tous les dangers résultant de l'expectation. Enfin, en 1848, Bernutz (*Archives de médecine*) rapporte l'observation déjà citée de Ruysch; il publie une observation personnelle d'une femme atteinte d'une tumeur pelvienne douloureuse attribuée à la fatigue, qu'il traita par les bains et les cataplasmes. La femme mourut de péritonite 3 mois après le début de la maladie. L'autopsie vint confirmer le diagnostic d'Hématocèle. A ce moment, l'Hématocèle pelvienne n'était que très imparfaitement connue, lorsque Nélaton lui donna le nom qu'elle porte encore aujourd'hui et lui appliqua tout d'abord un traitement qui peut paraître hardi pour l'époque.

Deuxième période. — En 1850 fut publiée la thèse de Vigues,

élève de Nélaton, qui se préoccupe surtout du siège anatomique de la tumeur sanguine, des causes de l'hémorragie. Peu de temps après, dans une série de leçons et d'articles, Nélaton donna une description exacte des signes de la tumeur et précisa les conditions de traitement. Il préconisa la ponction à l'aide du trocart, et rapporta plusieurs cas de tumeurs sanguines, pelviennes, traitées de la sorte et suivies de guérison au bout de quelques semaines ; il a parfois fait suivre la ponction d'injection iodée. Nélaton d'ailleurs avait adopté la ponction après avoir employé l'incision vaginale.

En 1850, Malgaigne opéra une Hématocèle prise pour un fibrome utérin ; à la suite de l'ouverture par le bistouri, il se produisit une hémorragie qui entraîna la mort de la malade. Cet insuccès commença à jeter du discrédit sur le traitement chirurgical des tumeurs sanguines du bassin. Le dernier coup lui fut porté l'année suivante où, à la Société de Chirurgie, Monod, Marotte, Nélaton, Denouvilliers, vinrent rapporter des cas d'Hématocèles traitées par l'incision et terminées par la mort. En présence de pareils faits, Huguier préconisa la ponction au trocart, voulant éviter, dit-il, les hémorragies.

En 1854, Nonat, dans la thèse de Prost, rapporte les observations de 15 malades traitées par la ponction ; 3 cas se terminèrent par la mort, 12 par la guérison. Nonat conseille de laisser, après la ponction de la poche, une sonde à demeure rigide pour : 1° permettre au liquide de s'écouler ; 2° faire dans la poche des injections détersives et antiputrides. La même année, Gallard publie dans les bulletins de la Société Anatomique une observation dans laquelle on dit qu'une injection de 100 grammes d'eau tiède, après la simple ponction d'une Hématocèle, entraîna la mort par péritonite suraiguë. Et Gallard conclut très sagement que la ponction évacuatrice ne doit pas être suivie d'injections au moins pendant les premiers jours qui suivent le début des accidents.

De 1854 à 1860, la Faculté de Paris fournit de nombreuses thèses : Cestan, Robert, Fenerly (inspirés par Nélaton), Engelhardt, (thèse de Strasbourg, 1856), Gallardo (thèse de Paris, 1857). Ces Mémoires et d'autres que nous croyons inutile de citer, s'occupent surtout de la pathogénie de l'Hématocèle. Cependant, dans quelques-uns, la question du traitement était ébauchée, et l'on peut y recueillir quelques observations que l'on retrouve d'ailleurs réunies dans l'excellente thèse de Voisin, parue en 1858, ou dans son Mémoire publié en 1860 sur le même sujet. On y trouve 42 observations traitées par des moyens différents, entr'autres 4 cas traités par l'incision et suivi de guérison. Voisin, au chapitre *Traitement,* dit qu'en règle générale l'Hématocèle doit être abandonnée à elle-même. Il repousse la ponction d'une façon absolue. Cette opinion est déterminée surtout par la connaissance du fait de Gallard qui perdit une malade 12 heures après une ponction suivie d'une injection de 100 grammes d'eau tiède. Un autre danger de l'incision et de la ponction, dit-il, est le danger de la blessure d'une artère volumineuse.

Il nous paraît bon de rapprocher de ces conclusions de Voisin celles de Fenerly (1855). « L'expectation donc est pour nous la règle générale, à moins de circonstances particulières que nous allons examiner ; c'est, lorsque la tumeur d'un volume considérable presse fortement les organes du bassin, gêne d'une manière préjudiciable leurs fonctions, cause des douleurs intolérables qui empêchent les malades de dormir, produisent un amaigrissement considérable et une douleur extrême. On doit aussi opérer lorsque la tumeur présente une tension considérable, lorsque les phénomènes généraux qui accompagnent son développement persistent longtemps, et enfin toutes les fois que la vie de la malade est en danger ». Il nous semble, et nous espérons le démontrer, que ces indications opératoires pourront désormais être beaucoup plus étendues. Fenerly se prononce ensuite pour l'incision, suivie du

curage de la tumeur, si tout le sang ne sort pas par l'ouverture et d'injections iodées ou chlorurées.

Pendant un certain nombre d'années, le silence semble se faire sur la question. Ce n'est qu'après 1870 que de nouveaux travaux importants surgissent de nouveau, tant en France qu'à l'étranger.

En France, pour ne citer que les noms connus : Trousseau (Cliniques), Bernutz (Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie), Aran, Courty, Nonat, dans leurs leçons ou, pour les deux derniers, dans leurs *Traités de gynécologie,* enrichissent la science de nouveaux faits ; mais d'une façon générale ils ne préconisent pas le traitement chirurgical de l'Hématocèle ; ils le proscrivent même le plus souvent ; pour donner une idée de l'horreur qu'il inspirait à ces chirurgiens, je ne puis mieux faire que de citer les lignes par lesquelles Bernutz termine son chapitre du traitement. Après avoir vanté le traitement médical, en bannissant toute intervention chirurgicale, il se place dans un cas des plus défavorables, celui d'un kyste sanguin ouvert à l'extérieur par le rectum ou le vagin, et déterminant des symptômes de résorption putride : « Faut-il alors, dit-il, ouvrir largement l'Hématocèle par le vagin, extraire le plus de caillots possible, et faire en outre dans les kystes de larges lavages détersifs, ou rester triste spectateur des accidents colliquatifs qui emporteront sûrement la malade? Malgré l'insuccès de Denouvilliers et malgré le danger que présentent les injections dans les kystes péritonéaux..., je conseillerai dans des cas désespérés une intervention chirurgicale. Elle est peu douloureuse, elle ne peut précipiter que de quelques jours la terminaison fatale que vous ne pouvez conjurer, pourquoi alors hésiter à avoir recours à une opération très simple, qui sans doute le plus souvent sera inutile?... » Cette note triste, ce pessimisme qui paraît aujourd'hui exagéré, donne bien la mesure de l'horreur qu'inspirait en 1873, aux chirurgiens, toute intervention chirurgicale. Elle caractérise parfaitement la 3e période de notre historique, celle de l'abstention aussi absolue que possible.

A l'étranger, les mêmes doctrines dominaient à la même époque ; les chirurgiens allemands, en particulier, en face des résultats déplorables publiés par les gynécologistes français, restreignaient autant que possible les indications d'une intervention opératoire. Si bien que Bandl (dans le livre de Billroth), ne donne que deux indications à la ponction : 1° Un état stationnaire de la tumeur pendant des semaines, sans qu'aucun changement vienne se montrer dans son volume, accompagné de douleurs violentes qui rendent la vie misérable à la malade ; 2° Des symptômes qui font diagnostiquer la suppuration du kyste. Aussi Bandl, pour ces cas, conseille-t-il seulement la ponction, qui pour lui est plus opportune, dans les cas cités plus haut, l'incision ayant occasionné maints résultats mortels.

Fritsch (1873) rejette la ponction, à moins qu'il n'existe des signes évidents de putréfaction.

Schröder envisage la question de la même façon dans son livre des *Maladies des Femmes*. Il considère l'ouverture comme indiquée, lorsque la tumeur acquiert un volume tel qu'on soit obligé de le réduire à cause des douleurs de compression qu'elle occasionne. A côté de cela, naturellement, Schröder considère la suppuration comme une indication à la ponction qui lui paraît suffisante dans tous les cas.

Quatrième Période. — Braün montre plus de tendances à employer l'incision. Ayant souvent remarqué qu'une ponction au trocart n'amenait qu'une évacuation incomplète du sang épais comme du goudron, il fit une large incision vaginale avec drainage consécutif. Malgré cela, dit Zweifel dans son Mémoire important sur ce sujet, l'efficacité du traitement médical avait été si vantée et les dangers de toute intervention avaient été partout et si bien mis en lumière, que l'on regardait comme téméraire d'opérer les hématomes pelviens. Aussi, pour ne pas sortir de l'Allemagne où à cette époque la chirurgie se traînait péniblement à la remorque

de la chirurgie française, le monde médical, à opinion si réservée, ne fut-il pas peu surpris lorsque Martin communiqua trois observations, faites à Salzbourg, de laparotomies, pratiquées pour des tumeurs sanguines du petit bassin. Le résultat de cette publication n'encouragea guère à suivre Martin dans cette voie, car les 3 cas se terminèrent par la mort des opérées. Cet exemple fut cependant suivi par Baumgarten qui opéra une femme avec le plus grand succès.

En 1884, Zweifel publia dans *Archiv für gynekologie,* un assez long Mémoire sur la question. Après avoir fait en peu de lignes l'historique du traitement de l'Hématocèle péri-utérine, il publia 4 observations qui lui sont personnelles, et, dans une statistique qui aurait pu être plus complète, s'il avait bien voulu consulter les auteurs français qui ont écrit sur ce sujet après Voisin, il met en regard les résultats fournis par l'expectation ou le traitement médical, par la ponction simple et par l'incision vaginale suivie d'injections désinfectantes. Il se déclare partisan de l'incision vaginale; il en démontre l'utilité, en s'appuyant sur des faits anatomo-pathologiques certains; il décrit tout au long le manuel opératoire, fait connaître une canule spéciale qu'il a imaginée pour les injections antiseptiques dans la cavité du kyste, énumère tout au long les précautions à prendre dans la pratique de ces injections; il explique comment les chirurgiens qui l'ont précédé ont pu avoir des accidents par cette méthode, et a le ferme espoir que l'incision vaginale, faite suivant les règles qu'il a tracées, donnera dans l'avenir un nombre de succès tel qu'elle devra être bientôt choisie comme méthode de choix dans le traitement des Hématocèles.

En Angleterre et en Amérique, de nombreuses observations étaient rapportées.

En 1870, Barnes publiait dans les *Reports Saint-Thomas's Hospital,* 51 observations d'Hématocèles; sur ce nombre, 41

furent traitées par l'expectation seule ; il y eut 7 cas de mort ou 17 pour 100.

En 1885, Francis Imlach, dans le *British Médical Journal* Mai, cite 5 cas d'Hématocèle pelvienne, traitées et guéries par l'incision abdominale.

Münde (*New-York Médical Presse,* déc 1885), rapporte 2 cas d'hématomes pelviens traités et guéris par l'incision vaginale et le drainage.

En novembre 1886 (*American Journal of obstetric*), Byford publie un Mémoire sur les causes et le traitement de l'Hématocèle pelvienne. Ce Mémoire, communiqué le 16 juillet de la même année à la Société de gynécologie de Chicago, contient 9 cas. Il admet le manuel opératoire de Zweifel légèrement modifié ; il commence par ponctionner la tumeur dans le cul-de-sac postérieur, puis il déchire la paroi vaginale avec un dilatateur, assez largement pour que l'ouverture admette 2 doigts. Il est utile de faire ensuite des injections antiseptiques.

Fitch penche vers l'expectation qui lui a donné des résultats satisfaisants. On n'a guère l'idée, fait-il remarquer, d'ouvrir les collections sanguines du bras ou de la jambe.

Toujours à la même Société de Chicago, John Barlett rapporte un cas dans lequel les injections phéniquées ont été suivies de collapsus ; la malade est morte à la suite d'une injection. Le liquide avait pénétré par une petite ouverture dans le péritoine.

On ne dit pas avec quel instrument ou quelle force avait été faite l'injection ; la connaissance de ce fait aurait, comme nous le verrons plus tard, une grande importance pour rechercher l'explication de ce cas malheureux.

En octobre 1886, Lawson Tait publie dans *the Lancet* un Mémoire sur la question. Il rapporte deux observations personnelles et nouvelles et, après étude de quelques cas traités par divers chirurgiens par l'incision vaginale, il fait ressortir les points suivants :

1° Ouverture de la poche, par la déchirure des parois du sac d'abord, et ensuite du sac;

2° Déchirure de la tumeur avec le doigt sans l'emploi immédiat d'une curette ou l'évacuation complète du contenu;

3° Disparition complète de tous débris sanguins en treize jours;

4° Absence d'une température élevée;

5° Faible dose des adoucissants employés : une seule fois (mises à part les deux injections pour calmer l'irritation produite par le curage);

6° Tolérance des solutions antiseptiques fortes, le vagin fut le premier irrité;

7° Absence de l'odeur habituelle de la décomposition d'une pareille quantité de sang. Le mari qui visitait fréquemment une des malades ne constata que deux ou trois fois de l'odeur;

8° Grande quantité d'aliments ingérés dans un cas malgré la maladie;

9° Absence de tout malaise, si bien qu'une des malades demandait à se lever 8 jours après l'opération;

10° Le curage de la cavité au 11° jour après l'opération, retarda la guérison et produisit les seuls symptômes sérieux qui peuvent être notés;

11° Malgré le retard de 10 jours apporté par le curage (toujours dans le même cas) la malade se trouva assez bien pour se rendre chez elle au bout d'un mois et se dispenser du traitement médical;

12° Aucun drain ne fut employé, mais l'ouverture fut maintenue assez large pour permettre l'introduction du doigt jusqu'à cessation des pertes.

En deux ans, Lawson Tait a traité 5 cas par l'incision vaginale avec succès.

En France, Cotelle (Th. Paris, 1877) publie une thèse importante sur ce sujet. Il se range de l'avis de Nélaton et de Voisin.

Pour lui, la ponction doit être la méthode de choix dans l'Hématocèle pelvienne. Il préconise la ponction capillaire aspiratrice, quand la tumeur comprime les organes voisins ; quand, prenant un volume exagéré elle risque de se rompre, quand les douleurs très aiguës ne laissent aucun repos à la malade, enfin quand l'état local détermine des accidents graves qui font craindre pour la vie des malades.

Nous donnerons en les étendant les mêmes indications du traitement par l'incision, et nous espérons montrer que cette dernière, bien mieux que la ponction capillaire aspiratrice est capable d'obvier à tous ces inconvénients ou d'éviter les accidents qui mettent en péril l'existence de la malade.

En 1886, M. le professeur Trélat rapportait à la Société de chirurgie (14 avril) et dans la *Semaine médicale,* deux cas d'Hématocèles pelviennes traitées par l'incision et le drainage. Dans la première, pressé par des symptômes graves, M. Trélat incise le vagin, le dilate plus tard et évacue une grande quantité de pus sanieux. Deux tubes sont introduits dans la cavité du kyste : 6 à 8 lavages par jour. Il note une exacerbation de la température, à un moment où les tubes étaient tombés. Guérison complète après un traitement qui a duré du 24 décembre au 7 février, c'est-à-dire 44 jours.

Le deuxième cas est plus simple : même traitement ; la guérison fut obtenue en moins d'un mois sans aucun accident.

En 1886, M. Troquart (*Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux*) avait cité un cas de péritonite mortelle survenue à la suite de l'ouverture dans le péritoine d'une Hématocèle suppurée.

En 1886 (*Annales de Gynécologie,* décembre), M. Turgard, de Lille, rapporte l'observation d'une Hématocèle péri-utérine suppurée et ouverte spontanément par le vagin. A la suite de cette évacuation, il survint un abcès enkysté du péritoine qui fut ouvert et guéri par l'incision abdominale. M. Turgard termine

son observation en disant qu'il s'est borné à l'expectation armée, mais que s'il avait été forcé d'intervenir chirurgicalement il aurait fait une incision vaginale suivie d'irrigations antiseptiques continues de la cavité. Il croit qu'on acceptera difficilement la laparotomie pratiquée et vantée par Lawson Tait, et qu'on y regardera à deux fois avant d'ouvrir par l'abdomen une collection purulente accessible par le vagin.

Signalons en passant, un signe pathognomonique de l'Hématome pelvien donné par Dick, de Berne, la présence d'urobiline dans les urines et les tissus des malades atteints de cette affection.

MM. Doléris et Apostoli (Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences ; Grenoble, août 1885) préconisent le traitement de l'Hématocèle pelvienne par la galvano puncture négative de la poche, suivie du curage antiseptique de la cavité, pratiqué avec l'écouvillon. Ils rapportent une observation suivie de guérison dans l'espace de 27 jours. Voici en quelques mots leur manuel opératoire : pôle positif sur le ventre représenté par un gâteau de terre glaise ; pôle négatif représenté par un trocart en platine enfoncé de deux centimètres au centre de la tumeur dans le vagin. Passage d'un courant de 100 milliampères et d'une durée de 5 minutes. Six jours plus tard, l'eschare tombe, et le liquide contenu dans la cavité s'écoule par l'orifice béant. Lavages antiseptiques par la cavité. Treize jours après, écouvillonnage de la cavité qui se vide d'une grande quantité de caillots mous, fétides. Guérison rapide.

MM. Doléris et Apostoli recommandent de pratiquer cette opération le plus tôt possible. « Toute Hématocèle diagnostiquée, pourra et devra être immédiatement ponctionnée sans différer ». S'appuyant sur un seul cas, ils croient avoir trouvé un moyen infaillible de traitement « qui, disent-ils, agit par un double mécanisme : 1° Le premier chirurgical en fistulant largement les parois du kyste et en lui donnant une voie d'élimination permanente ;

2° le deuxième médical en créant un processus intime de désintégration suivi d'une régression rapide ».

M. Jousset (thèse Paris 1884) avait cité deux cas malheureux traités sans précautions, l'un par l'incision, l'autre par la ponction vaginale.

Rappelons le cas de M. Vincent que nous citons tout au long dans nos observations et qui prend rang après ceux de M. Trélat.

Enfin nous arrivons à un nouveau traitement, traitement qui a pu paraître audacieux, de l'Hématocèle pelvienne. Lawson Tait avait déjà rapporté 20 cas traités par lui avec succès par la laparatomie, lorsque M. Pozzi présenta en avril 1886, à la Société de chirurgie de Paris, son Mémoire sur la laparatomie sous-péritonéale en particulier dans le traitement des abcès pelviens et des Hématocèles pelviennes. Il rapporte une observation qui, après de nombreuses péripéties et plusieurs interventions nouvelles dans l'intervalle desquelles la malade courut pas mal de dangers, fut suivie de guérison après six mois de traitement. M. Pozzi croit son procédé supérieur à la laparatomie intra-péritonéale de Lawson Tait; il insiste sur le danger d'ouvrir le péritoine pour aller à la recherche d'un kyste souvent purulent, fait ressortir l'innocuité des opérations sous-séreuses. Il dit qu'on devra avoir recours à son procédé dans les Hématocèles pelviennes non susceptibles de guérison, dans les abcès développés en dehors du péritoine, et les périmétrites circonscrites par des fausses membranes. M. Pozzi fait remarquer que sa méthode est préférable à l'incision vaginale, dans laquelle l'antiseptie et même le drainage régulier sont des plus difficiles à appliquer et à maintenir. Nous verrons que cette opinion est très peu fondée.

M. Trélat se prononce pour l'incision vaginale. M. Bouilly ayant voulu faire une laparotomie sous-péritonéale fut obligé d'ouvrir le péritoine, étant tombé sur des tissus lardacés, friables. Enfin, M. Lucas-Championnière se déclare partisan de cette

méthode pour des cas restreints; il ne la préconisera pas lorsqu'il s'agira d'Hématocèles.

D'après cette discussion, il semble ressortir que le procédé de Pozzi ne doit guère être appliqué au traitement de l'affection qui nous occupe; on pourrait cependant y avoir recours après avoir fait l'incision dans quelques cas que nous aurons à déterminer. S'il n'a pas encore la sanction de l'expérience, tout fait prévoir qu'il pourra quelquefois rendre de réels services.

Telle est, assez complète, croyons-nous, l'histoire du traitement des Hématocèles pelviennes. Nous sommes entré quelquefois dans des détails assez circonstanciés; ils nous serviront dans notre dernier chapitre lorsque nous essayerons de proposer les indications de l'incision vaginale et surtout d'indiquer un manuel opératoire qui nous paraît devoir la rendre moins dangereuse et plus efficace que les autres modes de traitement qui ont été proposés.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS, STATISTIQUES ET COMPARAISON DES RÉSULTATS FOURNIS PAR LES DIVERS MODES DE TRAITEMENT DE L'HÉMATOCÈLE PÉRI-UTÉRINE.

Nous avons eu la bonne fortune de trouver deux observations inédites et récentes d'Hématocèles pelviennes. Nous reproduirons aussi tout au long la remarquable observation de M. Vincent. Nous donnerons enfin les statistiques de quelques auteurs, nous relaterons quelques faits que nous croyons n'avoir pas été publiés par les auteurs français, surtout des faits d'incision vaginale. Nous terminerons ce chapitre par une courte comparaison des chiffres de mortalité de chaque traitement tout en tâchant, ne leur laissant pas la brutale signification des mathématiques, de les interpréter comme ils doivent l'être pour arriver à un jugement logique et certain de la valeur de ces traitements.

OBSERVATION I

Observation d'Hématocèle périutérine. — Traitement par l'ouverture de la cavité. — Guérison.

Par H. VINCENT, interne des hôpitaux (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 1886).

Marguerite D..., âgée de 27 ans, sans profession, entrait à l'hôpital Saint-André le 10 mars 1886, salle-2, lit 6, dans le service de M. le Dr Gervais ; la malade se plaignait d'éprouver depuis plus de deux mois, dans le bas-ventre, de violentes coliques apparues subitement après la suspension de ses règles.

Antécédents héréditaires nuls. Les antécédents personnels se réduisaient à quelques douleurs dans la matrice et dans les lombes, partage habituel de la plupart des femmes. Leucorrhée continuelle. Réglée depuis l'âge de 17 ans, et toujours normalement ; mariée à 19 ans. Mère deux ans plus tard d'un enfant dont elle accoucha sans suites fâcheuses, n'ayant jamais eu de fausses couches, Marguerite D... avait présenté en somme les meilleures conditions de santé, lorsque le 12 décembre 1885, le sang de ses règles s'arrêta après qu'elle eut savonné du linge dans l'eau froide. La malade n'en fut cependant pas autrement affectée et n'éprouva aucune douleur, aucun symptôme général.

Mais le mois suivant, au moment de son époque menstruelle, elle éprouva soudain de violentes coliques, pâlit et tomba en syncope. Elle perdit, dans les jours qui suivirent une très grande quantité de sang, eut de fréquentes nausées, se sentit peu à peu faiblir, et dut garder le lit presque continuellement. Au mois de février, et au moment présumé de ses règles, les douleurs redoublèrent, et la malade expulsa, dit-elle, deux petites peaux irrégulières, du volume d'une pièce de 5 fr., mais elle ne perdit point de sang.

Quelques jours plus tard, elle entrait à l'hôpital Saint-André dans une salle de médecine, d'où elle fut envoyée dans le service de M. Gervais.

La malade fut examinée dès son arrivée. Maigre, défaite, les yeux excaves, les joues creuses, paraissant certainement plus âgée qu'elle ne l'était, elle offrait une pâleur cireuse généralisée. Elle se plaignait d'éprouver dans le bas ventre des douleurs sourdes, continuelles, s'irradiant dans les cuisses et surtout dans les lombes et qui s'exaspéraient tous les soirs jusqu'à lui faire pousser des cris. Les moindres mouvements, la plus légère palpation du ventre réveillaient douloureusement ses souffrances.

Ni constipation, ni diarrhée. Quelquefois de la difficulté de la miction ; nous avons dû la sonder à plusieurs reprises.

Par la palpation abdominale, on trouvait dans le petit bassin et de chaque côté de l'utérus, une tumeur pâteuse du volume du poing à droite, plus considérable encore à gauche, non mobile et mate à la percussion. L'utérus était refoulé en avant, car en déprimant les parois abdominales, on sentait sur la ligne médiane, derrière le pubis, son fond dur et dépressible.

Par le toucher vaginal, on trouvait une tuméfaction globuleuse, un peu allongée, située un peu à gauche, sous la paroi postérieure du vagin qu'elle soulevait faiblement. Le col utérin un peu ramolli, était refoulé en haut ; le cul-de-sac postérieur avait disparu. Enfin, par les touchers vaginal et rectal combinés, nous avons pu apprécier l'épaisseur et la consistance de la tumeur ; la consistance en était pâteuse et compacte.

Il n'était pas douteux qu'on eût affaire à une Hématocèle rétro et latéro utérine.

Nous devons dire que le traitement médical institué au début, vésicatoires volants, onguent Napolitain belladonné, potions calmantes, etc., n'eut aucun effet. Les douleurs, loin de diminuer, devenaient intolérables, et les injections sous-cutanées de morphine procuraient seules un court repos à la malade. Son état général devenait très grave ; sa maigreur s'accentuait de plus en plus, si c'était possible, et la malade était fatalement condamnée.

Le 24 mars, M. Gervais, assisté de M. le Dr Chevalier, chef interne, fait sur la paroi postérieure du vagin, et au point le plus saillant de la tumeur, une incision transversale de un centimètre et demi, par laquelle il s'écoule une grande quantité de sang liquide et quelques caillots. La cavité fut lavée aussi bien que possible, un drain y fut placé, qui débouchait au dehors par la vulve, et le vagin fut bourré de tampons de gaze iodoformée, attachés en queue de cerf-volant.

Tous les matins, lavage de la poche à l'eau tiède phéniquée, nettoyage du drain, nouveau pansement. La malade expulsa ainsi un assez grand nombre de caillots noirâtres.

Mais les 28, 29 et 30 mars, la malade eut des frissons ; la température atteignit 39° tous les soirs, le pouls monta à 120°. En même temps, les caillots expulsés étaient grisâtres et sentaient mauvais ; il y avait évidemment transformation et résorption putride.

Le 1er avril, M. Gervais agrandit largement, à l'aide d'un bistouri boutonné, la première incision qui était insuffisante et l'ouverture artificielle ainsi faite, donna issue à d'abondants caillots sanguins.

Après l'opération, nous installâmes un appareil destiné à pratiquer une irrigation à double courant dans la cavité de l'Hématocèle. Deux tubes de

caoutchouc, d'un calibre de 7 à 8 millimètres, furent accouplés à l'aide d'un fil solide et introduits par une extrémité dans la poche de l'Hématocèle. Le tube de retour fut percé de trous latéraux. Nous les assujettîmes à l'aide de tampons de ouate salicylée, dont nous remplissions le vagin. Enfin, quatre ou cinq fois par jour, en faisant communiquer le tube d'aller avec un récipient d'eau phéniquée étendue et tiède, on pratiqua un lavage complet de l'Hématocèle.

Tous les matins, nettoyage des tubes du vagin, de la vulve, des parties voisines, potion au sulfate de quinine et à l'alcool.

La guérison a été, dès lors, très rapide et l'observation est, pour ainsi dire, terminée. Dès le surlendemain, la température baisse de deux degrés et le pouls redevient normal. Deux jours après, également, la palpation de l'abdomen était indolente et la malade maigre, pâle, émaciée, mais ne souffrant déjà plus, reprenait quelque gaîté. L'eau d'irrigation sortait cependant toujours sale et teintée en rouge foncé et nous trouvâmes, pendant trois jours encore, quelques caillots descendus dans le vagin. L'odeur putride avait disparu.

Le 4 avril, l'amélioration est encore plus manifeste ; l'eau de lavage sort de beaucoup moins colorée. La poche semble s'être vidée complètement et les parois s'être réunies, car le double drain à demeure est repoussé et se maintient difficilement en place. Fièvre nulle. La malade se sent de l'appétit.

Le 5 avril, nous mettons un drain. On continue le lavage deux fois par jour. L'eau sort à peine trouble.

Le 7 avril, nous enlevons définitivement le dernier drain. L'incision vaginale est rouge, de bon aspect. Nous mettons simplement des tampons de gaze iodoformée dans le vagin.

Les forces reviennent rapidement, l'état général est excellent ; le visage se colore.

Le 10 avril, des réparations faites à la salle 2 ont nécessité le transport de la malade dans le service de M. le professeur Lanelongue.

La malade en est sortie deux semaines après, complètement guérie.

OBSERVATION II

Hématocèle péri-utérine. — Incision vaginale. — Drainage. — Guérison

Communiquée par M. E. DARAIGNEZ, Interne des Hôpitaux.

C..., Jeanne, âgée de 41 ans, journalière, entre salle 2, lit 20, le 4 mai 1887, pour une tumeur du bassin.

C'est une femme très brune, maigre, d'une bonne santé habituelle. Pas de maladies dans son enfance; la menstruation s'établit à 16 ans, elle a toujours été régulière. Trois enfants; accouchements normaux; une fausse couche.

La menstruation était normale comme époque et quantité de sang perdu, lorsque le 12 février 1887, pendant une période menstruelle, Jeanne C..., vit ses règles devenir subitement plus abondantes; en même temps, des coliques violentes et une douleur abdominale intense l'obligeaient à interrompre son travail. Pas de symptômes d'hémorragie interne bien accentués; pas de syncopes. Les pertes, très abondantes, durèrent trois jours, et la malade (personne fort peu intelligente et qui se rend très mal compte des phénomènes qu'elle aurait pu observer), vit apparaître, le jour même du début des accidents, dans la fosse iliaque droite, une tumeur du volume d'un œuf, peu douloureuse, mobile (?) Cette tumeur gagna bientôt la ligne médiane, passa du côté gauche pour se fixer définitivement de ce côté où nous la trouvons actuellement.

Depuis le 12 février, la menstruation a été irrégulière; les pertes ont reparu tous les 15 jours, ont été fort abondantes et douloureuses. A chaque époque menstruelle, la tumeur augmentait de volume, les douleurs augmentant aussi, prirent bientôt une intensité telle que la malade se décida à entrer à l'hôpital le 4 mai.

A cette époque, l'état général de la malade est assez satisfaisant, toutes les fonctions s'accomplissant régulièrement. Dans l'abdomen, vers la fosse iliaque, on trouve une tumeur arrondie, fluctuante, du volume d'une tête d'enfant, développée surtout du côté gauche et empiétant un peu sur la ligne médiane. Elle est peu mobile, on ne constate à sa surface aucune bosselure. Bien limitée en haut, elle se continue en bas vers le

petit bassin, où le palper abdominal ne peut pas la suivre. Peu de douleur à la pression.

Le toucher vaginal fait trouver un col utérin un peu élevé, dévié du côté gauche. Les culs-de-sac antérieur et droits sont libres. Dans le cul-de-sac gauche et surtout dans le postérieur on trouve une tumeur arrondie, lisse, faisant saillie dans le vagin, liquide ; la fluctuation est manifeste ; cette tumeur vaginale fait manifestement corps avec celle de l'abdomen ; elle en partage tous les mouvements et la fluctuation se transmet très nettement de l'une à l'autre lorsqu'on combine le palper abdominal avec le toucher vaginal. Les mouvements de la tumeur se communiquent bien à l'utérus ; au contraire, les mouvements imprimés à l'utérus ne se transmettent pas à la tumeur. La cavité utérine mesure 7 centimètres et demi. La vessie est vide, la miction facile et normale. Les douleurs abdominales sont toujours aussi violentes.

On fait par la paroi abdominale une ponction aspiratrice qui donne 150 grammes d'un liquide noir tenant en suspension des grumeaux coagulés de même couleur et de faibles dimensions. Le tout forme une bouillie noirâtre, caractéristique d'une vieille hématocèle.

Le 21 mai, M. Dudon fait sur le cul-de-sac postérieur du vagin, au point le plus saillant de la tumeur une incision transversale de trois centimètres de longueur, avec un bistouri ordinaire. 300 grammes environ du même liquide s'écoulent par cette ouverture ; on pousse dans la cavité des injections à l'acide phénique. On introduit dans la poche deux drains de 7 à 8 millimètres de diamètre, accolés l'un à l'autre en canon de fusil ; l'un de ces drains (tube d'arrivée) est percé à son extrémité seulement ; l'autre (tube de retour) est percé de nombreuses ouvertures sur toute la longueur. On bourre le vagin avec des tampons de gaze iodoformée qui suffisent à maintenir le drain.

Pendant les jours qui suivent, on fait quatre fois par jour des injections abondantes tantôt au sublimé, tantôt à l'acide phénique. Ces lavages n'entraînent que quelques fragments fibrineux pendant les premiers jours.

Le 26 mai, l'écoulement par les drains prend une odeur fétide et la température qui, jusque-là avait oscillé entre 37°2 et 38°6 marche subitement à 39°, tandis que le matin du même jour elle était à 36° 8 ; diarrhée septique

abondante, pas de frissons. Le 27, même état infectieux, température le matin 38° 4. Température du soir 39°, si bien qu'il est décidé que le lendemain on fera une incision abdominale, afin de rendre les lavages plus faciles et plus complets, partant plus efficaces. Mais dans la journée du 27, sous l'influence de lavages antiseptiques pratiqués toutes les heures jusqu'à 9 heures du soir, les phénomènes s'amendèrent, la fièvre tomba, la température qui était à 39°2 le 27 au soir, descendit à 37°2 le 28 au matin. Devant un tel changement, toute intervention nouvelle est ajournée; on continue à faire six lavages par jour, en se servant alternativement des solutions au sublimé et à l'acide phénique; la température se maintient les jours suivants entre 37° et 38°2. Pas de frissons. Etat général très satisfaisant.

La malade, peu intelligente, très indocile, laisse tomber ses tubes la plus grande partie de la journée, de telle sorte que les lavages se font difficilement et surtout incomplètement; en même temps l'ouverture à la cloison vaginale s'oblitère en partie. Aussi le 6 juin, la sonde fonctionne-t-elle mal, et la fétidité de l'écoulement reparaît et avec elle la fièvre.

La température est à 38,8 le soir du 5 juin, à 39,2 le 6 juin au matin. M. Dudon alors dilate avec de longues pinces l'ouverture vaginale; il place de nouvelles sondes et les lavages sont repris dans de bonnes conditions ; sous leur influence, il s'écoule par les tubes le jour même et les jours suivants une grande quantité de caillots fibrineux. En trois jours la tumeur qui, jusque-là, avait à peu près conservé son volume du début, s'affaisse et disparaît presque complètement. La dilatation a été suivie de douleurs abdominales violentes, avec fièvre, pouls petit, tous phénomènes qui n'ont duré que 24 heures. Le lendemain la température retombe à 38,2 pour rester au-dessous de 37,8 jusqu'au 18 juin, époque à laquelle elle retombait tout à fait et définitivement à la normale.

Le 15 juin, l'ouverture s'est de nouveau rétrécie : elle n'admet plus qu'une sonde uréthrale numéro 18 de la filière Charrière. Le liquide, en petite quantité d'ailleurs, qui sort de la poche est franchement purulent sans aucune mauvaise odeur. La poche n'a plus que le volume d'un œuf.

La malade qui avait depuis longtemps complètement perdu l'appétit, recommence à manger et recouvre les forces en même temps que l'espoir d'une prompte guérison.

Le 29 juin, on fait avec une seringue à hydrocèle une injection phéniquée de 250 gr. environ de liquide. Rien ne sort, tout le liquide est resté dans le ventre; le soir et le lendemain fièvre violente, pouls petit, ventre très douloureux surtout à droite; menaces de péritonite. Mais heureusement tout rentre bientôt dans l'ordre. La fièvre disparaît; l'écoulement fort peu abondant, toujours purulent.

Le 1er juillet apparaissent des accès de fièvre quotidiens qui disparaissent assez vite sous l'influence du sulfate de quinine. L'appétit renaît, la malade engraisse, l'état général devient excellent. La sonde est enlevée le 3 juillet, on fait ensuite deux injections vaginales par jour. La guérison est complète.

En effet le 23 juillet, la malade quittait l'hôpital; la tumeur avait tout à fait disparu; au fond du vagin on retrouvait la cicatrice, mais aucune sensation de tumeur.

La malade a été revue en octobre, l'état était excellent.

Jusqu'à l'installation de la sonde uréthrale, les lavages avaient été fait au moyen d'un bocal placé à une faible hauteur et communiquant avec celui des tubes qui n'était percé qu'à son extrémité.

Cette observation nous a paru riche de faits intéressants pour le traitement de l'Hématocèle péri-utérine : nous nous contenterons de signaler ici les particularités vraiment remarquables qu'elle a présentées :

1° Phénomènes d'infection apparaissant à deux reprises dès que les lavages sont faits dans de mauvaises conditions, et disparaissant d'ailleurs rapidement avec ces mêmes conditions;

2° Danger de la dilatation aveugle de l'orifice vaginal;

3° Danger des injections dans la poche au moyen de la seringue à hydrocèle, sous une pression trop forte.

Nous reviendrons plus tard sur ces détails importants, lorsque nous étudierons les avantages et le manuel opératoire de l'incision vaginale suivie d'injections antiseptiques.

OBSERVATION III

Hématocèle rétro-utérine suppurée. Incision vaginale. Drainage.

(Communiquée par M. Baret de Nazaris, interne des hôpitaux).

Marie J..., âgée de 27 ans, mariée, mère de trois enfants, entre à l'hôpital Saint-André, salle 2, dans le service de M. le Dr Beaudrimont.

Le père est mort à 45 ans d'une maladie inconnue ; mère toujours bien portante, morte des suites d'une brûlure à 66 ans. Bons antécédents personnels ; pas de fausses couches.

Il y a six ans, cinq mois après la naissance de son premier enfant, Marie J... dit avoir eu un grand échauffement, elle urinait souvent (toutes les dix minutes) avec douleurs, et perdait quelques gouttes de sang. La malade avait repris son travail à la machine à coudre, deux mois après son premier accouchement, malgré les douleurs des reins et de la vessie qu'elle éprouvait. Il semble qu'il se soit produit là une métrite. Les règles avaient reparu cinq mois après ; six mois plus tard, c'est-à-dire douze mois après son accouchement, Marie J... fit un voyage de six heures dans une charrette mal suspendue, voyage pendant lequel elle souffrit beaucoup du ventre. Quinze jours après, elle fut réglée et éprouva des douleurs violentes, comparables à celles de l'accouchement ; elle fut obligée de se coucher, et elle ressentait dans son vagin la sensation d'une boule qui provoquait des efforts involontaires de défécation.

Un médecin appelé constata en effet dans le vagin la présence d'une tumeur qu'il ponctionna sur le champ et dont il retira environ un litre et demi d'un liquide épais, couleur chocolat, sans aucune mauvaise odeur ; c'était manifestement du sang. Trois jours après cette ponction, la malade très soulagée reprenait son travail. Elle resta ainsi pendant sept mois ; à cette époque, elle était déjà enceinte de deux mois. L'accouchement se fit à terme et sans accident. La malade nourrit son enfant pendant quatorze mois sans voir réapparaître sa tumeur vaginale. Cinq mois après avoir sevré son enfant, elle éprouva de nouveau des douleurs de reins, constata de nouveau aussi sa tumeur vaginale et les mêmes efforts involontaires de défécation ou plutôt des efforts tendant à expulser cette tumeur.

On fit une deuxième ponction vaginale et on retira un liquide semblable au premier, comme couleur et quantité.

3 mois après cette ponction, Marie J. devint enceinte et durant tout le cours de sa grossesse elle fut bien portante; elle nourrit son enfant, le sevra au bout de 18 mois et 3 mois après vit encore apparaître sa tumeur; nouvelle ponction ramenant 1 litre 1/2 de sang pareil à celui des deux opérations précédentes. La malade fut bien pendant un mois, temps au bout duquel la tumeur revint; on fit une quatrième ponction, mais cette fois le liquide avait changé de nature, il sentait mauvais, mais avait conservé sa même couleur. Les douleurs continuèrent, la douleur se reforma et une 5e ponction ramena 1 litre d'un liquide fétide, couleur chocolat : en même temps, la malade était prise de frissons quotidiens, de fièvre, elle perdait l'appétit et se décidait alors à entrer à l'hôpital.

Elle souffrait des reins, surtout du côté droit. Le bas ventre faisait une légère saillie. Par le toucher vaginal on constatait une tumeur repoussant la partie supérieure du vagin; le cul-de-sac gauche était effacé, le droit au contraire était très profond. Au speculum, on apercevait le col utérin au fond du cul-de-sac droit. L'utérus était en anteflexion, son corps un peu déjeté à gauche.

M. Beaudrimont fit une ponction à travers la paroi abdominale sur le milieu d'une ligne horizontale partant de la ligne blanche pour aller rejoindre l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche. 1,100 grammes de liquide furent extraits. C'était un liquide purulent, d'une odeur infecte, rappelant assez bien celle des collections purulentes voisines du tube digestif. 8 jours après la tumeur se reproduisit et le 23 décembre 1887 elle faisait saillie dans le vagin presque entre les petites lèvres. Les douleurs de la malade étaient intolérables, elle faisait des efforts d'expulsion comme pendant le travail. Dans la nuit qui suivit la ponction, la tumeur s'ouvrit et inonda le lit d'un pus infect.

Le lendemain, 24 décembre, une incision large d'environ 1 centimètre 1/2 fut faite dans le cul-de-sac postérieur du vagin, on y installa 2 tubes de caoutchouc accolés solidement l'un à l'autre. Le vagin fut bourré de gaze iodoformée. Tandis quel'un des tubes ouvert seulement à son extrémité sert à amener dans la poche l'eau d'un réservoir placé à 50 centimètres au-

dessus du niveau du lit, le second percé dans toute l'étendue de la portion qui plonge dans la poche ramène le liquide dans un bassin placé hors du lit. Les deux tubes sont solidement fixés le long des cuisses de la malade.

Pendant treize jours, on fit quatre lavages par jour avec une solution au sublimé. La malade allait très bien, la température restant normale. Mais le 3 janvier les tubes tombent ; ils ne sont replacés que le lendemain 4 ; la malade éprouve des frissons, du malaise, les eaux de lavage sont plus souillées que les jours précédents, la température monte à 40 degrés. On multiplie les lavages. Malgré cela, la température est pendant six jours entre 39° et 40°.

Le 12 janvier apparaît de la stomatite due manifestement à l'emploi pour les lavages de sublimé, que l'on remplace alors par une solution phéniquée à 20 pour 1,000. Le 13 la température descend subitement à 37°4 et se maintient à ce niveau jusqu'au 30 janvier.

Pendant ce temps, la poche ne paraissant pas se fermer, M. Beaudrimont fit le 25 janvier une injection de teinture d'iode pure dans la cavité de l'Hématocèle ; quatre jours après, nouvelle injection de teinture d'iode.

Le 31 janvier, le moment des règles est arrivé ; la malade souffre de son ventre, elle à des frissons, de la fièvre ; en même temps les tubes fonctionnent mal, l'ouverture se ferme presque entièrement et l'on trouve bientôt que la tumeur vaginale s'est reformée presque aussi volumineuse que par le passé. On se propose de renouveler l'opération ou du moins, si cela doit suffire, d'agrandir l'ouverture déjà existante et de continuer les lavages.

Nul doute que la malade ne guérisse si l'ouverture peut être largement pratiquée. Toute incomplète qu'elle soit, cette observation nous montre un fait intéressant d'intoxication mercurielle par les injections, et un cas d'Hématocèle qui semble devoir guérir par ces mêmes injections. Ne pourrait-on pas attribuer dans ce cas la lenteur de la guérison à l'existence d'un hématome sous-péritonéal; cette hypothèse s'accorderait parfaitement avec la description de cette tumeur, venant faire saillie jusqu'aux petites lèvres, fait impossible dans une Hématocèle intra-péritonéale. On ne s'expliquerait une pareille disposition dans un hématome intra-péritonéal, que si on trouvait en même temps un abaissement considérable de l'utérus ; c'est ce qui n'existait pas dans le cas ci-dessus.

Le 15 février, la malade était complètement rétablie.

Ces trois observations d'Hématocèles traitées par l'incision vaginale nous serviront de base pour la discussion du traitement. Prenant exemple sur la thèse de Poncet et pour ne pas répéter inutilement les mêmes faits, nous ne ferons entrer dans notre statistique que les faits qui ne se trouvent ni dans la thèse de Voisin ni dans celle de Poncet. Dans ce dernier ouvrage sont réunis en un tableau 46 cas d'Hématocèles inédits et traités par des méthodes différentes; on y trouve 32 cas traités par l'expectation ou le traitement médical. Sur ces 32 cas, 6 se sont terminés par la mort, 10 ont été seulement améliorés, 16 ont guéri. Ce qui donne une moyenne de 19 décès pour 100 cas environ. 7 cas ont été traités par la ponction vaginale; 4 malades ont succombé : ce qui donne 57 décès pour 100 environ.

Cette statistique ne relate qu'un fait d'ouverture de l'abcès à l'aide de caustiques par la paroi abdominale antérieure et terminé par la guérison.

Dans une deuxième statistique, Poncet donne les cas qu'il a pu recueillir dans les auteurs français ou étrangers, en mettant de côté tous les faits que l'on trouve dans la thèse de Voisin. On y trouve 43 cas soumis au traitement médical; sur ces 43 cas, on relève 22 décès, soit 50 pour 100 d'insuccès. Il est vrai que 5 de ces décès sont dus à des pneumonies, à de la variole hémorragique, à de la tuberculose pulmonaire et que 2 se sont produits quelques instants après le début des accidents, ce qui réduit la proportion à 39 p. 100 environ. Sur 3 cas de ponction une mort, soit 33 p. 100 environ, si l'on peut établir une moyenne sur un nombre aussi restreint de cas. Parmi les observations inédites, on en trouve trois dues à des chirurgiens bordelais, MM. Dudon et Poinsot.

Dans la thèse de Voisin, on trouve 4 cas d'incision vaginale suivie de guérison.

Zweifel rapporte dans son mémoire 28 cas d'Hématocèles trai-

tées par l'incision vaginale. Nous ne reproduirons que les cas que l'on ne trouve pas dans les auteurs signalés plus haut. Il rappelle 5 cas de la thèse de Viguès et appartenant à Nélaton, Piogey, Récamier; une fois (cas de Malgaigne) il y eut une mort par hémorragie lente de la plaie ; un décès dû à l'ouverture par la paroi abdominale avec la pâte de Vienne. Il rapporte ensuite deux observations de la thèse de Voisin avec deux succès; puis une observation de Pèlegrin Salvalino (*Gazette Sarde,* 1857) avec incision vaginale, puis lavages ayant amené de la péritonite; malgré cela guérison rapide. Un cas de Hogar (*Monatsch für Geburtsh,* 1861) guéri par l'incision sans incident. Un cas de Gallard (*Union médicale,* 1854) où la mort survint à la suite d'une injection d'eau chaude, probablement au moyen d'une seringue à piston. 4 cas de Duncan (*Edimbourg medical Journal,* nov. 1862) tous terminés par la guérison ; dans un cas on observa des symptômes menaçants après l'incision. Son 15e cas est de Eitken (*Edimbourg medical Journal,* 1869). Tumeur volumineuse traitée par l'incision sans lavages. Mort.

16° Rackwitz (1869). Incision. Fièvre, mais finalement guérison ;

17° Küm (Zurich, 1874. Clinique de Praukenhauser). Guérison ;

18° Teuffel (Wurtenberg, *Corr. Bl.,* 1879). Hématome gros comme une tête d'enfant. Incision. Marche régulière vers la guérison ; mais collapsus soudain à la suite d'une injection d'acide phénique qui ne revint pas. — Mort.

Il n'est pas spécifié si l'injection fut faite avec un irrigateur ou une seringue à piston.

19° Packlis (*Centralbl. für gynækol.,* 1879). Tumeur grosse comme la tête d'un enfant. Incision. Guérison sans incidents ;

20° Clay (*Lancet,* déc. 1867). Incision. Guérison. Se prononce pour l'incision à condition qu'elle ne soit pas faite trop tôt ;

21°-22° Nortan (*Med. Times,* 1876). Deux cas favorables avec incision et drainage ;

23°-24° Ruogel (*Rapport sur la clinique de Gusserow à Strasbourg*. Imprimé à Prague). Deux incisions ; à la suite de l'une péritonite. Cependant deux guérisons.

25 à 28. Les quatre cas de Zweifel, avec trois succès et une mort.

Nous trouvons donc quatre cas de mort sur 28 observations ; encore doit-on éliminer l'Observation III de Viguès, dans laquelle on fit une ouverture par les caustiques à travers la paroi abdominale. Sur les trois décès, il faut remarquer que deux suivirent immédiatement les injections ; il est probable que ces lavages furent faits sous une pression forte, condition très dangereuse, comme nous le verrons plus loin. La mortalité s'élève donc à 11 pour 100 dans ce tableau de Zweifel. Encore devons-nous signaler que dans le cas malheureux de Eitken, il est impossible de savoir s'il fut fait des injections antiseptiques dans la poche. Si nous ajoutons à ces faits les cas que nous avons succinctement rapportés dans notre historique, nous verrons le chiffre de la mortalité s'abaisser encore. Il nous suffira de rappeler les cas heureux de Munde, de Byford, de Trélat, de Turgard, de Lawson Tait, d'Apostoli et Doléris, de Vincent, Dudon et Beaudrimont. Il est vrai que nous trouvons aussi un cas malheureux de Barlett, un de Jousset ; mais ils ne suffiraient pas pour faire varier de beaucoup les chiffres, et encore ces observations malheureuses seraient-elles passibles des reproches que nous faisions plus haut aux cas malheureux du tableau de Zweifel.

Si nous voulons nous faire une idée des résultats de la ponction, ou plutôt si nous voulons confirmer les résultats fournis par le tableau de Poncet, nous n'avons qu'à parcourir la statistique de Zweifel qui porte sur 66 cas, presque tous tirés de l'étranger et ne faisant nullement double emploi avec les cas de Poncet. Nous

trouvons 10 cas de mort, 66 guérisons, ou une proportion de 15 décès pour 100 environ. Il ressort naturellement que la ponction n'est pas moins dangereuse que l'incision; elle l'est peut-être davantage.

Quel est maintenant le résultat du traitement des hématomes pelviens par l'expection ou le traitement médical?

Zweifel a réuni 129 cas traités de la sorte et pris tant en France qu'à l'étranger; le compte de la mortalité donne 24 morts sur ces 129 cas, ou 18,4 pour 100. Nous trouvions plus haut 39 pour 100 de décès dans la statistique de Poncet.

Les chiffres parlent ici plus clairement que des mots, et, malgré la difficulté d'une telle discussion sur des faits recherchés de tous les côtés dans la littérature médicale, il est un fait évident que l'expectation ne donne pas de meilleurs résultats que l'opération.

Voisin donne 27 cas non opérés, il y eut 9 morts; des 8 malades auxquelles l'incision ou la ponction furent faites, 3 moururent et 1 faillit mourir; quoiqu'il ne soit pas juste de faire le pourcentage sur un si petit nombre de cas, nous le ferons cependant pour la facilité de la comparaison, et nous trouvons (Voisin) 33 décès sur 100 cas non opérés, et 37 décès pour 100 cas opérés.

Une statistique de Barnes donne sur 41 malades traitées par l'expectation, 7 cas de mort, soit 17 pour 100.

Bernutz et Goupil rapportent 62 cas avec 44 morts et 18 guérisons; sur 17 cas ponctionnés, il y eut 8 décès; 8 malades moururent par ouverture spontanée de la poche; des 37 autres cas non ponctionnés, 33 moururent, soit 89 pour 100. Par conséquent, à une mortalité de 47 pour 100 par ponction, vient s'opposer une mortalité de 89 pour 100 par l'expectation.

Ces chiffres paraissent avoir grande importance et pouvoir être comparés; car d'un côté on n'a guère publié que les cas difficiles traités par l'expectation, et, d'un autre, il est certain que jusqu'à ces dernières années, on n'a guère traité par la ponction ou l'incision que les cas difficiles.

On le voit, en se mettant dans les conditions les plus défavorables à la méthode de l'incision, c'est-à-dire en admettant les chiffres de Zweifeil, tout l'avantage paraît être en faveur de l'incision vaginale ; nous mettons de côté les chiffres de Voisin, s'appuyant sur un trop petit nombre de cas. Or, si nous remarquons que l'on a traité le plus souvent par l'incision les cas difficiles, compliqués ou déjà suppurés, nous verrons de suite quelle est la supériorité de cette méthode.

Il est évident, que de crainte des nombreuses complications qui peuvent survenir et devant les chiffres des statistiques, il faut intervenir chirurgicalement à un moment donné de l'évolution de l'Hématocèle. Mais quand et comment faut-il intervenir ? C'est ce que nous allons essayer d'établir.

Nous sommes parfaitement d'accord avec tous les auteurs pour le traitement du début de l'Hématocèle pelvienne ; il devra être celui des hémorragies internes au début tout à fait, à moins que, le diagnostic étant certain, on n'ouvre immédiatement le ventre pour aller directement à la recherche du vaisseau source de l'hémorragie. Plus tard, on essayera de calmer l'inflammation péritonéale, si elle se produit trop vive, et l'on pourra essayer les différents moyens médicaux dans lesquels nous ne plaçons aucune confiance et qui ont été préconisés dans tous les livres ; ils sont variés, très nombreux, et il est probable que lorsqu'ils sont suivis d'un heureux résultat, une bonne partie de leur mérite doit revenir aux efforts seuls de la nature.

Peut-être à cette époque, et tout à fait au début, pourrait-on essayer une ponction capillaire aspiratrice ; nous n'oserions la conseiller en raison des mauvais résultats qu'elle a donnés tant dans les hématomes pelviens que dans les épanchements sanguins de toutes les autres régions.

La malade a échappé aux premiers dangers résultant de l'hémorragie interne ; elle va bientôt se trouver exposée à de nouveaux

et tout aussi grands périls, sur lesquels nous avons suffisamment et à dessein insisté au début de cette étude. D'un autre côté, la tumeur se trouve dans des conditions anatomiques spéciales, qui doivent guider dans le choix d'une méthode de traitement; la poche est épaisse, fibreuse, doublée d'une couche assez large de caillots fibrineux; le contenu est épais, poisseux, tenant en suspension de très nombreux grumeaux; on voit de suite que si cette deuxième condition est très défavorable au choix de la ponction, la première, au contraire, est toute en faveur de l'incision. Par conséquent, le raisonnement scientifique, basé sur des connaissances anatomiques certaines et les données d'une statisque portant sur un grand nombre de cas sont d'accord pour faire repousser l'expectation, la ponction, et faire adopter l'incision de la poche.

A quel moment doit être faite l'incision ? Il est certain que le chirurgien doit attendre que le sang épanché soit solidement enkysté par des néo-membranes épaisses et résistantes; autrement, par son incision et surtout par ses injections antiseptiques, il risquerait fort de pénétrer dans la cavité péritonéale et de déterminer une péritonite rapidement mortelle. Contrairement à l'opinion de Denonviliers, et d'accord avec tous les chirurgiens qui se sont occupés de la question, nous croyons que l'on devra laisser passer au moins 6 semaines après l'apparition des accidents avant de faire l'incision de la poche hématique.

Quelle voie choisira le chirurgien pour arriver jusqu'à cette poche ? Trois chemins lui sont ouverts : celui qu'ont suivi Martin Baumgarten, Lawson Tait avec des fortunes diverses, la voie transpéritonéale; celui de Pozzi, la voie sous-péritonéale, enfin la voie vaginale. On ne peut guère se fier à la statistique pour comparer la valeur de ces procédés : le premier est loin d'avoir donné de bons résultats entre les mains de Martin; si Lawson Tait a obtenu 20 succès sur 20 laparatomies, on ne saurait attribuer un pareil résultat qu'à sa grande compétence et aussi probablement aux

conditions hygiéniques toutes spéciales où se trouvent les malades auxquelles on pratique à l'étranger des opérations sur l'abdomen. D'ailleurs, la laparatomie pour une Hématocèle est une grande opération, à la portée de peu de chirurgiens, et si nous ajoutons que peu d'opérateurs peuvent espérer être aussi heureux que Lawson Tait nous aurons suffisamment fait pour rejeter la laparatomie trans péritonéale, ou du moins pour en faire une méthode d'exception.

La laparatomie sous-péritonéale née d'hier, d'une idée ingénieuse, n'a pas fait encore ses preuves; elle est certainement d'une exécution délicate sinon difficile, et, comme nous croyons avoir démontré, quoi qu'en dise Pozzi, que l'incision vaginale peut donner de bons résultats, nous garderons l'opération de Pozzi pour les cas où l'hématome pelvien ne peut pas être atteint par le vagin, ou bien encore pour les cas où malgré l'incision vaginale l'infection s'établirait et résisterait à des lavages antiseptiques continus faits par un orifice largement ouvert. Ainsi limitées, les indications de la laparatomie sous-péritonéale, pourront permettre à cette opération de rendre dans certains cas de réels services. On la réservera encore, et ici elle sera peut-être plus facile, pour certaines Hématocèles extra-péritonéales qui n'auront pas pu être atteintes par le vagin, ou bien, ce qui pourra arriver souvent, qui n'auront pu être que très insuffisamment drainées par le vagin.

Nous en arrivons donc à adopter comme méthode de choix pour le traitement des Hématocèles pelviennes, l'incision vaginale suivie de drainage et d'injections désinfectantes; nous avons vu que cette méthode donnait des résultats plus brillants que toutes les autres; bien plus, nous sommes parfaitement convaincu que, instruits par l'expérience, les chirurgiens plus hardis mais aussi plus sages parce qu'ils seront plus instruits, arriveront à faire tomber très bas le chiffre de mortalité de l'incision vaginale. En parcourant les observations publiées sur le sujet, nous avons

été frappé de quelques accidents arrivés pendant le cours d'un traitement par l'incision, en particulier d'accidents infectieux ou même de morts subites; quelques-uns de ces accidents qui ont pu amener la mort des malades peuvent facilement être évités; nous les signalerons dans notre manuel opératoire, lorsque dans le chapitre suivant nous décrirons aussi complètement que possible tous les détails du traitement. Tous sont importants, et le chirurgien doit bien se pénétrer de cette idée qu'un moment d'oubli ou de négligence peut en cette affaire plus qu'en toute autre circonstance, coûter la vie à la malade.

CHAPITRE IV

INCISION VAGINALE. — DRAINAGE. — MANUEL OPÉRATOIRE

Pour ne pas répéter ce que nous avons déjà écrit dans les premiers chapitres, en donnant ici les procédés employés par les différents auteurs, nous nous contenterons d'indiquer les plus simples ou ceux qui nous paraissent les plus sûrs.

L'antiseptie vaginale ayant été obtenue par des bains et de nombreuses irrigations de la région, la femme sera placée dans la position du spéculum ou couchée sur le côté ; au moyen d'un spéculum de Bozeman on relèvera la paroi antérieure du vagin de façon à bien mettre en évidence les culs-de-sac latéraux ou plus souvent le cul-de-sac postérieur, lieu d'élection de l'Hématocèle pelvienne. Pour l'incision du vagin, nous recommandons avec Zweifel de faire d'abord, avec un bistouri ordinaire, une incision transversale d'une longueur de 2 centimètres et demi sur le point culminant de la tumeur ; on incisera couche par couche, de façon à pouvoir, à mesure qu'on avance dans la profondeur, saisir entre les mors de pinces à forsipressure les petits vaisseaux qui pourraient donner du sang. Il ne faut pas oublier, en effet, que l'on a quelquefois senti des battements artériels sur la tumeur et qu'il existe un cas, dans la science, de mort par hémorragie en nappe de la surface de section. Il est donc prudent de pincer et de presser tout ce qui saigne avant d'ouvrir la cavité hématique ; car celle-ci une fois ouverte, si le vagin donnait du sang, les difficultés pour découvrir le vaisseau ouvert seraient considérables, toute la région étant baignée par le sang sortant du kyste.

L'incision à la paroi vaginale pratiquée, on peut l'agrandir avec le bistouri boutonné, temps parfaitement inutile, si l'on a eu soin de ne pas encore pénétrer dans la poche. A plus forte raison rejettera-t-on tous les couteaux à deux branches analogues aux lithotomes et qui ont été proposés pour tenir lieu du bistouri boutonné, en particulier le metrotome à lame cachée de Simpson.

On plonge alors son bistouri dans la cavité de la tumeur, en traversant la couche plus ou moins épaisse de fibrine coagulée ; on introduit ensuite son index droit par l'ouverture, de façon à en faire bâiller les bords, pour permettre au liquide de la poche de sortir au dehors. Nous considérons comme inutile d'agrandir, en la déchirant avec les doigts, l'incision vaginale, tout comme d'aller avec les doigts détacher la membrane fibrineuse qui double la poche dans toute son étendue ; une telle manœuvre qui serait la plupart du temps inutile (puisque les caillots fibrineux se désagrègent et tombent au bout de quelques jours) peut être dangereuse ; pratiquée par une main maladroite, elle peut être une cause de déchirures faciles dans des tissus de nouvelle formation et de perforation péritonéale par conséquent.

Tel est le premier temps de l'opération. Ici nous devons ouvrir une parenthèse pour parler du procédé exposé plus haut de Doléris et Apostoli. Au moyen d'une électrode négative placée comme un troquart à travers la paroi vaginale, ils déterminent une eschare qui tombe le 4^{e} ou le 5^{e} jour ; nous avons cherché en vain quel avantage pourrait avoir sur le procédé classique une pareille façon de faire ? Craint-on l'hémorragie ? Mais avec un peu d'attention elle est facilement évitée ; y en aurait-il, quelle serait bien vite arrêtée. Apostoli et Doléris invoquent un avantage de l'électricité : « elle crée un processus intime de désintégration suivi d'une régression rapide. » Dans leur observation que nous avons citée en partie, il semble que ce processus de désintégration n'ait guère été plus sensible que dans une Hématocèle ouverte au bis-

touri, car il y est dit que 13 jours après le début de l'opération, on fut obligé d'écouvillonner la cavité pour en détacher et en retirer les caillots fibrineux, qui ne semblent pas avoir à cette époque subi de processus bien actif de régression.

C'est précisément ce que l'on observe dans les cas ordinaires, et vraiment l'électricité ne paraît pas avoir beaucoup hâté la guérison ; elle a l'immense inconvénient d'exiger un outillage coûteux, difficile à entretenir ; c'est en somme une complication inutile. Je m'élèverai avec force et pour les raisons que j'ai exposées plus haut contre l'écouvillonnage, que je considère comme éminemment dangereux ; il est d'autant plus surprenant que MM. Apostoli et Doléris donnent un pareil conseil et qu'ils le mettent en pratique, qu'on lit dans leur communication : « Toute Hématocèle diagnostiquée pourra et devra être immédiatement ponctionnée sans différer. » On n'est pas plus imprudent ; je crois inutile d'insister sur le danger qu'il peut y avoir à écouvillonner à l'aveugle une collection sanguine nageant encore librement dans la cavité péritonéale.

La cavité kystique ouverte, on y introduit deux longs tubes en caoutchouc à parois épaisses et résistantes ; ces tubes seront accolés solidement l'un à l'autre ; l'un, le tube d'amenée ne sera percé qu'à son extrémité, l'autre (tube de retour) sera percé dans toute l'étendue qui correspond à la cavité et au vagin. Ces tubes seront fixés dans le vagin au moyen de tampons de gaze iodoformée et maintenus immobiles le long des cuisses par des fils. Le tube de retour plongera hors du lit dans un bassin contenant de l'eau phéniquée. L'autre (tube d'amenée) communiquera avec un réservoir placé à 50 centimètres à peine au-dessus du niveau du lit. Ce détail est important ; il faut faire arriver le liquide dans l'hématome sous une pression très faible ; si la pression était plus forte, le liquide frappant contre les parois pourrait les déchirer, ou bien les faire éclater lorsque le tuyau de retour se trouverait

oblitéré par un caillot fibrineux ce qui se produit d'ailleurs assez souvent. Ce ne sont pas là des hypothèses : des cas de mort ont été dus à des injections faites avec des seringues à hydrocèle; et, dans notre observation II, on peut voir des accidents graves, mais de courte durée, survenir à la suite d'une injection ainsi faite.

Pour éviter que les drains ne soient comprimés et leur lumière effacée par les lèvres de l'incision qui tendent tous les jours à se rapprocher davantage, Zweifel avait fait construire des canules en verre et en caoutchouc durci, munies à leur extrémité terminale d'une boule percée de petits trous, et à l'extrémité qui restait hors du vagin d'un robinet; le tube de retour était un tube ordinaire, il venait se cacher à côté du premier, évitant ainsi la compression. Il nous semble que c'est là une complication inutile, si l'on a soin de choisir de bons tubes à parois rigides et épaisses.

Toutes les 3 heures, il est indispensable de faire des lavages dans le kyste hématique; s'il n'y a pas de fièvre, on se contentera de faire passer dans la cavité chaque fois 2 ou 3 litres de liquide; si on observe des phénomènes de septicémie, on devra le plus tôt possible établir des lavages continus, qui ont donné de si bons résultats dans les fièvres puerpérales. L'eau des lavages arrivant sous une faible pression s'écoulera lentement, il est inutile que le jet soit volumineux, le nettoyage ne serait ni plus complet ni plus efficace.

On a indifféremment employé pour ces lavages soit les solutions phéniquées, soit des solutions au bichlorure de mercure. Nous n'avons pas relevé de cas d'intoxication phéniquée. Au contraire, nous rapportons dans nos observations (Obs. III) un commencement d'empoisonnement mercuriel. Il nous semble que pour se mettre à l'abri de toute complication de ce genre, il sera bon, comme nous le voyons rapporté dans notre observation II, d'employer alternativement l'acide phénique et le sublimé; il va

sans dire que, si on observait des accidents dus à l'absorption de l'une de ces deux substances, on la remplacerait de suite par l'un des nombreux antiseptiques actuellement en usage : acides borique, salicylique, permanganate de potasse etc.

Le liquide des lavages doit être tiède, au 10 millième pour les solutions phéniquées, à 4 ou 5 millièmes pour les solutions de sublimé.

Les tubes seront dérangés le moins souvent possible; parfois cependant des caillots fibrineux viendront oblitérer leur lumière, d'autres fois ils tomberont pendant le sommeil de la malade; on devra les replacer immédiatement en se servant du spéculum et en usant de la plus grande douceur. L'introduction des tubes ainsi faite est plus facile, partant moins dangereuses que l'introduction sur l'index gauche introduit dans le vagin.

Vers le huitième jour, la paroi fibrineuse est désagrégée; or, les fragments s'écoulent difficilement par les tubes, il sera bon à cette époque d'enlever les tubes et de faire un bon lavage au moyen d'une petite sonde métrale n° 18 de la filière Charrière. Entraînés par ce lavage, les caillots fibrineux pourront sortir entre la sonde et les lèvres de l'incision, tandis qu'ils sortaient plus difficilement par la cavité du tube.

Cette sonde uréthrale sera raccourcie peu à peu; on la retirera complètement lorsqu'il ne s'écoulera plus que très peu de pus par le vagin; à ce moment la cavité sera à peu près complètement oblitérée. Il sera utile de faire des lavages vaginaux pendant quelques jours.

CONCLUSIONS

1° L'Hématocèle péri-utérine abandonnée à elle-même ou soumise à un traitement médical, se termine par la mort plus souvent que lorsqu'on a dirigé contre elle un traitement chirurgical;

2° Le meilleur traitement chirurgical est l'incision vaginale suivie de lavages antiseptiques;

3° L'incision vaginale et les lavages devront être faits avec beaucoup de soin et en prenant les précautions indiquées dans notre dernier chapitre;

4° Ainsi pratiqué, ce mode de traitement a donné d'excellents résultats. Les chiffres de mortalité diminueront certainement encore lorsque ce traitement sera appliqué d'après les règles précises que nous avons indiquées.

Vu : *Le Doyen,*
A. PITRES

Vu, bon a imprimer :
Le Président de la thèse,
M. LANELONGUE.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 10 février 1888.
Le Recteur,
H. OUVRÉ.

12,198. — Bordeaux, V Cadoret, imp., rue Montméjan, 17.